

Viipurin huumeiden käyttäjät ja Lenininkadun terveysneuvontapiste

SINIKKA TÖRMÄ – KARI HUOTARI

Johdanto

Viipurin noin 80 000 asukkaan kaupunki on lähellä suomalaisia niin historiallisesti kuin maantieteellisestikin. Se sijaitsee vain vajaan 30 kilometrin päässä Suomen rajasta. Viipurin alue on jäänyt periferiaksi ja muodostunut yhdeksi Venäjän köyhimmistä osista monilla inhimillisillä mittareilla mitattuna. Neuvostoliiton hajoamista seurannut sosiaalinen murros on koetellut erityisen rankasti perheitä. Monien perheiden elämää leimaavat köyhyys, työttömyys ja vanhempien päihteiden käyttö, mikä näkyy lasten sairastuvuutena, epäsosiaalisena käyttäytymisenä ja katulasten määrän lisääntymisenä. (Lähtenmäki 2005; Pyshkina 2003.)

Huumeiden ongelmakäyttö ja siihen liittyvät haitat ovat vakavia ongelmia, jotka uhkaavat uusia sukupolvia Viipurissa (Heinänen 2004). Kukaan ei kuitenkaan tarkalleen tiedä, kuinka paljon kaupungissa ja sen ympäristössä on huumeiden ongelmakäyttäjiä. Viranomaisten rekisteröimiä, säännöllisesti huumeita suonensisäisesti käyttäviä henkilöitä oli vuonna 2003 noin 300. Asiantuntijoiden arvioiden mukaan huumeiden käyttäjiä oli jo tuolloin todellisuudessa vähintään kymmenkertainen määrä, suurin osa lapsia ja nuoria (Heinänen 2004; vrt. Hynninen 2001). Viipurin huumeiden käyttäjät ovat alttiina hiv-, C-hepatiittija tuberkuloosi-infektioille, jotka ovat levinneet alueella räjähdysmäisesti. Rekisteröityjä hiv-tapauksia oli vuonna 2002 kaikkiaan 267 (Heinänen 2004), nykyisten virallisten arvioiden mukaan viitisensataa. Vähäisen testauksen ja huumeiden käyttäjien huonon tavoitettavuuden vuoksi tartuntoja on kuitenkin syytä epäillä olevan moninkertaisesti enemmän (Leinikki 2002).

Venäläis-suomalaisen lähialueyhteistyön hank-

keessa ”Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen Viipurissa ja Viipurin piirissä 2003–2005”¹ Viipuriin perustettiin terveysneuvontapiste huumeiden käyttäjille. Tarkoituksena oli ehkäistä huumeiden käytön haittoja, vähentää tartuntatautivaaraa sekä rakentaa luottamusta hoitojärjestelmän ja nuorten päihdeongelmaisten välille². (Lähtenmäki 2005.) Alkuperäisenä suunnitelmana oli tuottaa terveysneuvontapalvelut liikkuvasta yksiköstä (ks. Törmä & Huotari 2005b; Törmä 2006). Hankkeen suomalainen yhteistyökumppani Helsingin Diakonissalaitos varusti tätä tarkoitusta varten käytöstä poistetun ambulanssin lahjoitettavaksi Viipuriin. Autosuunnitelma kaatui kuitenkin Venäjän yllättäen kohonneisiin tullimaksuihin, joiden vuoksi auton maahan viemisen kustannukset olisivat nousseet kohtuuttomiksi. Tästä syystä hankkeessa ryhdyttiin suunnittelemaan kiinteää matalan kynnyksen terveysneuvontapistettä. (Kokko 2006; Lähtenmäki 2005.)

1. *Sosiaalikehitys Oy:n vetämän hankkeen rahoittaja oli Suomen ulkoministeriö, sopijaosapuolina olivat Suomen sosiaali- ja terveysministeriö ja Viipurin hallintopiiri (ks. Lähtenmäki 2005).*

2. *Haittojen vähentämisen (harm reduction) ajattelun mukaan päihteettömän/huumeettoman yhteiskunnan tavoitteleminen ei ole realistista. Tärkeämpää on pyrkiä vähentämään käytöstä käyttäjille ja ympäristölle aiheutuvia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja (ks. tarkemmin Tammi 2007). Yksi keskeinen tapa vähentää haittoja on ruiskujen ja neulojen vaihto ja terveysneuvonta. Käyttämämme termi ”terveysneuvontapiste” on Suomessa vakiintunut tarkoittamaan huumeiden käyttäjien ruiskujen ja neulojen vaihto- ja neuvontapalvelua antavia yksiköitä. Sitä käytettiin myös Viipurin kokeiluprojektin suomenkielisissä dokumenteissa. Yksikön venäjänkielisen nimen ”Centr dvizenija Vyborg bez narkotikov” suora käännös olisi ”Viipuri ilman huumeita -liikkeen keskus”.*

Terveysneuvontapalvelun tuottajaksi tuli paikallinen Viipuri ilman huumeita -yhdistys. Toimintaa ohjasi Viipurin piirin nuorisoasiain osasto. Terveysneuvontapisteessä oli yksi vapaaehtoinen työntekijä, joka oli entinen huumeiden käyttäjä. Lisäksi käytettävissä oli osa-aikainen lääkäri. Terveysneuvontapiste toimi kahden huoneen tiloissa Viipurin keskustassa Lenininkadulla viitenä päivänä viikossa maanantaista perjantaihin klo 12.00–20.00. Ydintehtäviksi oli hankesuunnitelmassa määritelty ruiskujen ja neulojen vaihto sekä terveysneuvonta. Suoritetilaston mukaan pisteessä annettiin myös sosiaalista, oikeudellista, psykologista ja lääketieteellistä konsultaatiota sekä ohjattiin päihdehoitoon. Lisäksi käytiin keskusteluja huumeiden käyttäjien ja heidän omaistensa kanssa. Terveysneuvontapiste avasi ovensa vuoden 2005 huhtikuussa ja sen toiminta loppui jo saman vuoden marraskuussa palvelua toteuttaneen yhdistyksen ja nuorisoasiain osaston välisen yhteistyön kariuduttua. Kokeilu jäi siten kahdeksan kuukauden mittaiseksi ja tavoitti vain pienen osan kaupungin huumeiden käyttäjistä.

Artikkelimme käsittelee Viipurin terveysneuvontapalvelun toteutusta erityisesti huumeiden käyttäjien palveluihin tavoittamisen ja heidän palvelutarpeidensa kannalta. Peilaamme terveysneuvontapalvelua sen ulkopuolelle jääneiden huumeiden käyttäjien tarpeisiin ja riskikäyttäytymiseen. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: 1) Minkälaisen palvelutarpeen terveysneuvonnan olisi pitänyt Viipurissa tavoittaa ja vastasiko palvelu siihen? 2) Minkälaiset tekijät nostivat huumeiden käyttäjien kynnystä hakeutua terveysneuvontapalveluun? 3) Minkälaiset terveysneuvontapisteen toimintaympäristöön liittyvät tekijät vaikuttivat siihen, että palvelu jäi lyhytkestoiseksi?

Artikkeli etenee niin, että ensin luomme katsauksen venäläisen yhteiskunnan suhtautumiseen haittojen vähentämistoimiin ja tuomme esiin eräitä Venäjällä tehtyjä haittojen vähentämistä koskevia tutkimuksia. Sitten esittelemme tutkimuksemme aineistot, menetelmät ja saamamme tulokset. Tulosten esittelyn aloitamme tarkastelemalla terveysneuvontapalvelun kohderyhmää, sen riskikäyttäytymistä ja palvelutarvetta, johon palvelun olisi pitänyt vastata. Seuraavaksi käsittelemme terveysneuvontapisteen asiakkaiden suhdetta palveluun. Lopuksi tarkastelemme terveysneuvontapalvelua sen toimintaympäristössä eli viipurilaisessa palvelujärjestelmässä ja pohdimme palvelun menestymiseen vaikuttavia tekijöitä.

Huumeiden käytön haittojen vähentäminen ja siihen liittyvä tutkimus Venäjällä

Viipurin huumeiden käyttäjille perustettuja palveluja ei voida tarkastella asettamatta niitä laajempaan yhteyteen, jonka muodostavat venäläinen yhteiskunta ja sen lainsäädäntö (ks. Lilja 2007; Malinowska- Sempruch & al. 2003). Taus-talla ovat myös maan nopeasti paheneva huume-tilanne ja hallitsematon hiv-epidemia. Venäjän ja eräiden muiden entisen Neuvostoliiton alueen maiden hiv-tartunnat ovat globaalisessa vertailussa poikkeuksellisen selvästi yhteydessä suomensäiseen huumeiden käyttöön. Hiv-epidemia leviää ennen kaikkea infektoituneiden ruiskujen ja neulojen yhteiskäytön kautta. (Grund 2001.) Nuoret huumeiden käyttäjät ovat lisäksi aktiivisimmassa seksuaalisessa iässä, joten tartunnat leviävät myös suojaamattoman seksin kautta pääasiassa alle 30-vuotiaiden keskuudessa. Seksuaalivalistus on venäläisessä kulttuurissa vähäistä ja seksiin liittyvät asiat tabu, mikä vaikeuttaa tiedon välittämistä nuorille tarttuvien tautien riskeistä. (Zandonella 2006, 11–12; Reversing The Epidemic, 2004, 68.)

Huolestuttavasta epidemiatilanteesta ja huumeiden käyttäjien erittäin huonosta asemasta huolimatta Venäjällä ei ole hyväksytty huumeiden käytön haittojen vähentämistoimintaa, jota pidetään monissa länsimaissa tehokkaana keinona estää tartuntatautien leviäminen huumeiden käyttäjien keskuudessa (Des Jarlais & al. 2002; EMCDDA 2006; Salminen 2006, ks. myös haittojen vähentämisen kriittikistä Andersen & Järvinen 2007; Skretting 2007).

Ruiskujen ja neulojen vaihto tulkitaan helposti huumeiden käyttöön yllyttämiseksi tai ”propagandaksi” (ks. Lilja 2007), eikä sitä aktiivisesti tueta. Korvaushoitoja ei huumeiden käyttäjille voida antaa lainkaan, vaan ne on kielletty lailla (Reversing The Epidemic, 2004, 70; Klein & al. 2004). Huumeiden käytön haittojen vähentäminen on siis huonossa huudossa maassa, jossa sitä mitä ilmeisimmin tarvittaisiin ja jossa se tutkimusten mukaan olisi myös vaikuttavaa (Grund 2001).

Vaikka haittojen vähentämistä ei virallisesti tueta, on useiden paikallisten, enimmäkseen ulkomaisella rahoituksella perustettujen, ohjelmien annettu toimia (Leinikki 2002; Salminen 2006). Muun muassa Open Society Institute (OSI/Soros Foun-

dation) on käynnistänyt vuodesta 1995 lähtien monia ruiskujen ja neulojen vaihto- ja neuvontaohjelmia entisen Neuvostoliiton alueella ja Aasiassa (Drugs, AIDS and ..., 2001). Vuonna 2003 arvioitiin Venäjällä olleen toiminnassa kaikkiaan 75 vaihto-ohjelmaa (Preventing HIV Infection ..., 2006; Djuma & Sarang 2006). Lähialueillamme ruiskuja ja neuloja on vaihdettu Viipurin kokeilun lisäksi Pietarissa ja Murmanskissa. Pietarissa liikuvan terveysneuvontatoiminnan käynnisti vuonna 1997 ranskalainen Mediciens du Monde -järjestö. Murmanskissa terveysneuvontabussi aloitti toimintansa norjalaisten tukemana 2000-luvun alussa ja vuonna 2005 perustettiin kiinteä piste yhteistyössä Stakesin kanssa (lähialueiden haittojen vähentämispalveluista ks. esim. <http://haf-spb.org/en/projects/main-programme/>; <http://www.barentshealth.org>; Puro & Tuori 2006; Rakhmanova & al. 2002; Rissanen 2006).

Venäjän huumeiden käyttäjille tarkoitettuja palveluja on tutkittu monissa länsimaisten ja venäläisten tutkimuslaitosten yhteishankkeissa (esim. Aral & St. Lawrence 2002; Trubnikov & al. 2003; Ksobiech & al. 2004; Power & al. 2004; Rhodes & al. 2006 a & b). Tutkimuksia ovat motivoineet ennen kaikkea alueen huumeiden käyttäjien huolestuttava hiv-tilanne ja vähäiset haittojen ehkäisytoimet. Keskeisinä näkökulmina niissä ovat siksi yleensä hiv-infektion levinneisyys, sen leviämistavat, huumeiden käyttäjien riskikäyttäytyminen ja haittojen ehkäisytoimien vaikuttavuus.

Vuonna 2004 ilmestyneessä tutkimuksessa (Ksobiech & al. 2004) verrataan Pietarissa ruiskujen ja neulojen vaihtoon osallistuneita ja osallistumattomia huumeiden käyttäjiä. Tutkimuksen mukaan ruiskujen ja neulojen vaihtopalvelua käyttävä oli todennäköisimmin nainen, pisti usein ja käytti rankasti heroiniä, käytti puhtaita neuloja, eli pitkässä suhteessa ja harrasti suojaamatonta seksiä (Ksobiech & al. 2004).

Huumeiden käyttäjien ruiskujen ja neulojen hankintakanavia ja puhtaiden välineiden käyttöä on tutkittu esimerkiksi Moskovassa, jossa ruiskunvaihto-ohjelma alkoi vuonna 2002. Tutkimuksessa (Trubnikov & al. 2003) tuli esiin, että apteekit ovat Venäjällä edelleen pääasiallinen ruiskujen ja neulojen hankintapaikka erityisesti naisten keskuudessa. Välineitä hankittiin myös kaveireilta ja diilereiltä. Ruiskunvaihto-ohjelma muodosti vain yhdeksän prosentin osuuden hankituista välineistä. Neulat ja ruiskut olivat lähes kaikki-

en tutkimuksessa haastateltujen huumeiden käyttäjien mielestä halpoja apteekkeissa. Haastatellut kuitenkin pelkäsivät joutuvansa viranomaisten tutkimiksi, jos heidät nähdään ostamassa tai kuljettamassa mukanaan ruiskuja ja neuloja.

On tutkittu huumeiden käyttäjien riskikäyttäytymistä ja välineiden vaihtoa haastattelemalla aktiiveja huumeiden käyttäjiä Togliattin kaupungissa (Rhodes & al. 2003 & 2004). Tutkimuksen mukaan haittojen vähentämisen kannalta välineiden saatavuutta enemmän merkitystä oli tilannetekijöillä ja mikroympäristöllä. Ennen kaikkea miliisin ja pidätetyksi tulemisen pelko vaikutti niin, että pistosvälineitä ei haluttu kuljettaa mukana, mikä puolestaan lisäsi välineiden yhteiskäyttöä. Tutkijat havaitsivat myös hiljattain pidätetyillä huumeiden käyttäjillä muita enemmän välineiden yhteiskäyttöä.

Haittojen vähentämistoiminnan vaikuttavuutta tutkivat Sverdlovskin Oblastissa vuonna 2004 Robert Power ja hänen kollegansa, joiden tutkimus toi esiin merkittävän riskikäyttäytymisen vähenemisen ruiskunvaihto-ohjelmaan osallistuneilla verrattuna vertailuryhmään. Tutkijat katsoivat tuloksen heijastavan kansainvälisiä kokemuksia, joiden mukaan tämänkaltaisilla interventioilla oli merkittäviä vaikutuksia hiv-riskin vähentämisessä. (Power & al. 2004.)

Viipurissa on pyritty jonkin verran kartoittamaan nuorten päihteiden käyttöä yleensä. Kaupungin lasten, nuorten ja opiskelijoiden päihteiden käyttö on ollut kohteena kahdessa tutkimuksessa (Evaluation of the ..., 2004; The Narcotism in ..., 2005), jotka molemmat on toteutettu Pohjoismaiden ministerineuvoston sekä Viipurin kulttuuri-, urheilu- ja turismiviranomaisten yhteistyönä. Alueen huumeiden ongelmakäyttäjistä ei sen sijaan ole aiemmin tehty tutkimusta. Myöskään heitä varten perustetuista palveluista ei ole olemassa tutkimusta siitä yksinkertaisesta syystä, että palveluja ei juuri ole ollut.

Aineistot ja menetelmät

Artikkelimme perustana on kolme erilaista aineistoa: 1) terveysneuvontakokeilua koskevat dokumentit, kuten hankesuunnitelmat, kokousmuistiot sekä seminaareissa ja tutustumiskäynneillä tehdyt muistiinpanot, 2) asiantuntijoiden teemahaastattelut (N = 13) ja 3) viipurilaisten huumeiden käyttäjien strukturoidut haastattelut (N = 70).

Tutustuimme Viipurin päihdehoitoon ja päihdepolitiikkaan vuosina 2005 ja 2006 kolmella eri vierailulla, joiden aikana kävimme terveysneuvontapisteessä ja Viipurin päihdesairaalassa. Osallistuimme Viipurissa myös kahteen seminaariin, joissa kerroimme huumeiden käytön haittojen ehkäisystä ja huumeiden käyttäjien keskuudessa tekemästämme tutkimuksesta paikallisille viranomaisille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Nämä tilaisuudet ja niissä käydyt keskustelut valottivat hyvin kulttuurisia ja yhteiskunnallisia puitteita, joihin terveysneuvontapalvelu ja tutkimuksemme sijoittuvat.

Asiantuntijahaastattelut teimme yksilö- ja ryhmähaastatteluina teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Näihin osallistui yhteensä 13 henkilöä, jotka toimivat Viipurin lasten ja nuorten hyvinvointihankkeessa, terveysneuvontapisteessä, Viipurin kaupungin hallinnossa ja Viipurin päihdesairaalassa. Yksilöhaastatteluina teimme hankkeen projektipäällikön, projektityöntekijän (molemmat Sosiaalikehitys Oy:stä) sekä terveysneuvontatoiminnan asiantuntijana toimineen Helsingin Diakonissalaitoksen päihdelääkärin haastattelut. Lisäksi järjestimme kaksi ryhmähaastattelutilannetta. Ensimmäisessä haastateltavina olivat Viipurin kaupungin nuoriso-osaston päällikkö, kaksi Viipurin päihdesairaalan lääkärää sekä terveysneuvontapisteiden johtaja, työntekijä ja osa-aikainen lääkäri. Toisessa haastateltavina oli neljä vapaaehtoistyöntekijää, jotka tunsivat viipurilaisia huumeiden käyttäjiä ja alueen huumetilannetta. Ryhmähaastatteluissa meillä oli tulkkina hankkeen venäjänkielinen projektityöntekijä.

Huumeiden käyttäjien haastattelut muodostavat tärkeän osan aineistostamme, sillä tarkasteltavan palvelun kohderyhmä ja sen tarpeet ovat huonosti tunnettuja. Tarkoituksemme oli aluksi pyytää haastateltaviksi terveysneuvontapisteiden asiakkaita. Olimme myös sopineet asiasta toiminnasta vastaavan järjestön ja tutkimusta koordinoivan Viipurin kaupungin nuoriso-osaston kanssa. Haastattelut jouduttiin kuitenkin lopettamaan heti alkuun paikallisten toimijoiden yhteistyön ongelmien vuoksi. Terveysneuvontapisteiden ovien sulkeuduttua haastattelijoilta jouduimme siirtämään tutkimuksen painopisteen palvelujen ulkopuolisiin huumeiden käyttäjiin. Asiakkailta saatava kokemuksellinen tieto terveysneuvontapalvelusta jäi siten vähäiseksi. Toisaalta vastoinikäminen rikastutti aineistoamme, sillä jouduimme etsimään haastateltavamme täysin palvelujen ulko-

puolelta. Kuva viipurilaisten huumeiden käyttäjien palvelutarpeesta ja riskikäyttäytymisestä muodostui näin realistisemmaksi.

Haastateltaviksi saatiin ajanjaksona 9.11.–30.11.2005 yhteensä 70 henkilöä, joista neljä oli terveysneuvontapisteiden asiakkaita (Huotari & Törmä 2006). Loput 66 henkilöä tavoitettiin heidän omista elinpiireistään: kaduilta ja puistoista. Haastattelijoina toimi neljä nuorta viipurilaista vapaaehtoistyöntekijää, joista yksi oli entinen huumeiden käyttäjä³. Haastattelijat tiesivät tekemänsä katutyön ja osittain oman päihdehistoriansa kautta, mistä huumeiden käyttäjiä voi etsiä. He kertoivat tunnistaneensa käyttäjiä myös ”tietynlaisen vaatetuksen”, ”hitaan katseen” ja ”silmien kertoman” perusteella. Huumeiden käyttäjien haastattelut olivat strukturoituja siten, että osa 49 kysymyksestä oli täysin strukturoituja ja osa avoimia. Kaikkiaan lomakkeet käsittivät 13 liuskan verran kysymyksiä.

Huumeiden käyttäjien haastattelut ja vastausten kirjaaminen tapahtuivat venäjän kielellä. Sen jälkeen tutkimusavustajana toiminut venäjänkielinen projektityöntekijä käänsi vastaukset mahdollisimman sanatarkasti suomeksi. Ennen kääntämistä kävimme hänen kanssaan keskusteluja eri termien merkityksestä Venäjällä ja Suomessa sekä niiden kääntämisperiaatteista. Käännöstyön jälkeen saimme vastaukset luettavaksi ja tarkastettavaksi ennen koodausta ja tallennusta. Käsittelimme numeerista tietoa lähinnä muodostamalla jakaumia ja ristiintaulukoimalla. Avovastaukset käsittelemme teemoittelun ja luokittelun avulla (ks. esim. Hirsjärvi & al. 2004).

Suurin huumeiden käyttäjien haastatteluaineis-

3. Haastattelijat järjestivät nuorisotoimen alaisen psykologista tukea antavan Gloria-keskuksen kautta. Kaksi heistä oli paikallisia sosiaalialan opiskelijoita ja kaksi teki katutyötä lasten ja nuorten keskuudessa. Pehdyttiimme heidät tulkin välityksellä yhden päivän mittaisessa koulutustilaisuudessa tutkimuskysymyksiin ja haastattelujen tekoon. Lisäksi käsiteltiin tutkimusetiikkaa ja vaito-olovelvollisuutta. Terveysneuvontapalvelun asiakkaille ja palvelun ulkopuolisille huumeiden käyttäjille oli eri lomakkeet. Asiakkaina olleilta kysyttiin mielipiteitä ja kokemuksia terveysneuvonnasta ja sen hyödyistä. Palvelun ulkopuolisilta taas kysyttiin syitä palvelun käyttämättömyyteen ja mielipiteitä siitä, miten palvelu pitäisi järjestää. Molemmilta ryhmiltä kysyttiin melko laajasti heidän elämäntilanteestaan, päihdeiden käytöstään ja riskikäyttäytymisestään (ks. tarkemmin Huotari & Törmä 2006).

ton keruuseen ja tulkintaan liittynyt rajoitus on se, että tutkijat itse eivät ole toimineet haastattelijoina ja että haastattelut tehtiin heille vieraalla kielellä. Tähän liittyy virhetulkintojen mahdollisuuksia, vaikka olemme pyrkineet ne huolellisesti eliminoidaan. Tutkijoiden toimiminen haastattelijoina ei tullut kysymykseen, sillä haastattelijoilla oli oltava erittäin hyvä venäjän kielen taito. Toiseksi emme itse olisi löytäneet samassa määrin haastateltavia, eikä heidän etsimisensä olisi kaikkialla kaupungissa ollut turvallista. Meille tämä oli ainoa ja ainutlaatuinen mahdollisuus saada haastateltavia viipurilaisista huumeiden käyttäjistä.

Tulokset

Kohderyhmä ja sen riskikäyttäytyminen

Tarkastelemme aluksi terveysneuvontapalvelun tavoittelemaa kohderyhmää. Muodostamme huumeiden käyttäjien haastattelujen avulla kuvan palvelutarpeesta, johon palvelulla pyrittiin vastaamaan. Keskeisiä ovat kohderyhmään kuuluvien huumeiden käyttö ja riskikäyttäytyminen.

Yli kaksi kolmasosaa haastatelluista oli miehiä. Keski-ikä oli 23 vuotta. Ikähaarukka oli kuitenkin laaja vaihdellen yli 30-vuotiaista alaikäisiin, joita oli 17 prosenttia. Valtaosa haastatelluista asui tai oleskeli asunnottomana Viipurissa, osa oli tullut kaupunkiin lähikylistä. Vain kolmannes oli virallisesti kirjoilla Viipurissa. Lähes puolet haastatelluista asui vielä vanhempiensa tai isovanhempiensa luona, itsenäisesti asui vajaa viidennes. Vain vakituista asuntoa oli noin kolmannes haastatelluista. He asuivat tilapäisesti kavereiden luona tai olivat täysin asunnottomia. Kellareissa, rappukäytävissä, puistoissa, ullakoilla ja rautatieasemalla yöpyvien osuus haastateltavista oli 13 prosenttia. (Ks. haastatelluista tarkemmin Huotari & Törmä 2006.)

Suuri osa haastatelluista eli varsin lohduttomissa olosuhteissa, varsinkin kun ottaa huomioon heidän nuoren ikänsä. Nuorin haastateltu oli vasta 12-vuotias asunnoton poika, joka käytti alkoholia ja suonensisäisesti huumeita päivittäin. Hän oli aloittanut tupakan polton kertomansa mukaan viisivuotiaana ja alkoholin käytön seitsemänvuotiaana. Huumeiden käyttö oli alkanut suoraan suonensisäisenä 10-vuotiaana. Hän potui satunnaisesti masennusta ja hänellä oli päihteiden käyttöön liittyviä psykoottisia oireita. Hän ei

tiennyt, oliko hänellä C-hepatiittia tai hi-virusta. Hän pakoili terveyspalveluja, koska pelkäsi joutuvansa lastenkotiin.

Miltei kaikki haastatellut olivat niin sanottujen kovien huumeiden (määritelmästä EMCDDA 2004) käyttäjiä, valtaosa (65 %) oli heroinisteja (ks. myös Lilja 2007; Lander 2001)⁴. Pelkästään heroiniä käyttäviä oli 17 prosenttia. Lähes kaikki heroinistit käyttivät ainetta suonensisäisesti päivittäin. Suonensisäinen käyttötapa oli muutoinkin yleinen: kaikista haastatelluista vain neljällä ei ollut minkään huumeen suonensisäistä käyttöä. Huumeiden käyttö oli aloitettu keskimäärin 16-vuotiaana ja suonensisäiseen käyttötapaan oli siirtynyt yleensä noin kahden vuoden sisällä aloittamisesta. Seitsemän haastateltua oli aloittanut huumeiden käytön suoraan pistämällä. Jotkut olivat aloittaneet suonensisäisen käytön 10–12-vuotiaana eli jo lapsina.

Haastatelluista 11 (16 %) kertoi saaneensa hiv-tartunnan. Todellinen hiv-positiivisten määrä on ilmeisesti suurempi, sillä lähes puolet tutkimukseen osallistuneista ei tiennyt, onko heillä tartunta, tai ei halunnut vastata kysymykseen. Erityisesti alaikäiset olivat tietämättömiä infektiotilanteestaan. Hiv-infektiota koskeva epätietoisuus selittyy vähäisestä testaamisesta. Testeihin meno ei houkuta, koska huumeiden käyttäjillä ei juuri ole mahdollisuutta lääkitykseen. Positiivinen testitulokset merkitsisi leimautumista ja elämän hankaloitumista entisestään (Leinikki 2002; Csete 2004, 14). Hepatiiteista tiedettiin tai haluttiin kertoa hieman useammin. C-hepatiittitartunta oli kertomansa mukaan 40 prosentilla haastatelluista.

Kohderyhmän riskikäyttäytymistä pyrittiin kartoittamaan kysymällä haastatelluilta ruiskujen ja neulojen hankinnasta ja pistoskäyttäytymisestä sekä kondomin käytöstä. Tärkeimmäksi ruiskujen ja neulojen hankintaväyläksi osoittautuivat apteekit, joista kaksi kolmasosaa haastatelluista kertoi käyvänsä itse ostamassa pistosvälineensä (ks. myös Trubnikov & al. 2003). Käytettyjä pistosvälineitä ei Viipurissa voi palauttaa apteek-

4. Haastatelluista vain 6 (9 %) käytti amfetamiinia. Venäjällä tehdyissä tutkimuksissa (esim. Rhodes & al. 2002) raportoitua kotitekoisten kovien huumeiden käyttöä ja siihen liittyviä yhteiskäyttörutuaaleja ei tullut esiin lainkaan. Päivittäin alkoholia käytti 10 (14 %) ja sieniä päihtymystarkoituksessa 11 (16 %) haastateltua. (Päihteiden käytöstä ks. tarkemmin Huotari & Törmä 2006.)

keihin, ja ne jäivät yleensä kiertoon. Haastateltavat kertoivat ”heittävänsä pois” käytetyt ruiskut ja neulat ”ulos” tai ”roskiin”. Käytännössä käytetyt ruiskut ja neulat heitetään asiantuntijahaastatteluiden ja tekemiemme havaintojen perusteella suojaamattomina esimerkiksi puistoihin ja metsiin, joissa ne aiheuttavat pistosriskejä ulkopuolisille.

Huumeiden käyttöön tarkoitettujen välineiden yhteiskäyttö pistostilanteissa oli varsin yleistä (ks. myös alaviite 4). Yli puolet haastatelluista kertoi käyttäneensä viimeksi kuluneen vuoden aikana yhteisiä ruiskuja ja neuloja muiden kanssa. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana niin oli tehnyt kolmannes haastatelluista. Suurin osa myös hivpositiivisista (7/11) oli käyttänyt yhteisiä välineitä muiden kanssa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Aineisto ei kerro, olivatko he jo yhteiskäytön tapahtuessa tietoisia hiv-tartunnastaan. Viidellä heistä oli kuitenkin ollut yhteiskäyttöä hiljattain: yhdellä haastattelua edeltävän kuukauden ja neljällä haastattelua edeltäneen viikon aikana.

Lähes kolmannes haastatelluista, joilla oli ruiskujen ja neulojen yhteiskäyttöä, ei tiennyt, oliko henkilöillä, joiden kanssa he käyttivät yhteisiä välineitä, hiv-infektio vai ei. Yleensä he olettivat, ettei tartuntavaaraa ollut. Mahdollisista tartuntataudeista ei yleensä keskusteltu pistostilanteissa lainkaan. Haastateltavien kommentit olivat seuraavantyyppisiä: ”En tiedä, ei kukaan avoimesti puhu siitä.”; ”Ainakin luulen, että se pitää paikkansa että ei ole infektiota”; ”En tiedä, minulle yhdentekevää.” Useat haastateltavat sanoivat suoraan, että he eivät välitä, vaikka saisivatkin tartunnan.

Jopa 29 prosenttia haastatelluista (15 henkilöä) kertoi käyttävänsä muiden aiemmin käyttämiä pistosvälineitä. Useimmiten muiden käyttämät välineet saatiin kavereilta tai läheisiltä, jolloin kyseessä on ollut lähinnä yhteiskäyttötilanne. Jotkut kertoivat saavansa välineet sattumanvaraisesti ”milloin mistäkin”, ”joskus muut antaa, joskus itse löydän” tai ”silloin kun haluan pistää, niin minulle ihan sama”. Useat haastatellut kertoivat keräävänsä pois heitettyjä käytettyjä välineitä puistoista, joissa niitä oli runsaasti saatavilla. Eräs haastateltu ei halunnut palauttaa tai hävittää käyttämiään välineitä juuri siksi, että ”joku” voi vielä tarvita niitä.

Myös seksikäyttäytymisessä monilla haastatelluilla oli selvää riskinottoa. Satunnaiset seksisuhteet olivat yleisiä. Niitä harrasti lähes puolet haas-

tatelluista joko pelkästään tai vakituisen suhteen ohella. Kondomin käyttö oli sattumanvaraista. Monet luottivat siihen, että ”tunsivat” kumppanin tai uskoivat hänen vakuutteluihinsa siitä, ettei hänellä ole tartuntatauteja. Kuusi haastateltua, eli noin joka kymmenes, kertoi joskus elämänsä aikana harjoittaneensa prostituutiota, neljä myös haastatteluajankohtana. He olivat kaikki naisia. Niin ikään kuusi haastateltua oli ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana seksuaalisessa kanssakäymisessä ulkomaalaisten kanssa, jotka kaikki olivat olleet suomalaisia⁵. Yhtä moni ei osannut sanoa, oliko heillä ollut seksikumppanina ulkomaalaista. Seksiä ulkomaalaisen kanssa harjoittaneet olivat kaikki 19–25-vuotiaita naisia. Kahdessa tapauksessa kyse oli seksin myymisestä.

Tietoisuus tartuntataudeista ja niiden leviämistavoista oli viipurilaisten haastateltujen keskuudessa melko hyvä. Lähes kaikki tiesivät esimerkiksi, että hiv tarttuu yhteisten ruiskujen ja neulojen välityksellä tai seksiteitse. Siitä huolimatta he ottivat suuria riskejä niin pistoskäyttäytymisessä kuin seksikäyttäytymisessäkin. Tietoisuuden ja käytännön välillä oli melkoinen ristiriita, kun ottaa huomioon Viipurin huumeiden käyttäjien hälyttävän tartuntatautilitilanteen (ks. myös Leinikki 2002).

Kohderyhmän tarkastelu osoittaa, että huumeiden käytön haittojen vähentämispalvelujen tarve ilmenee monin eri tavoin. Palveluja vailla olevien huumeiden käyttäjien selviytyminen riskien keskellä on sattumanvaraista ja käyttäytyminen perustuu luuloihin ja uskomuksiin. Tarkastelemme seuraavaksi, miten ne, jotka olivat käyttäneet terveysneuvontapalvelua, suhtautuivat siihen, ja oliko palvelu vaikuttanut heidän riskikäyttäytymiseensä.

”Tulen, vaihdan ruiskuja. Joskus keskustelen elämästä. Saan tietoa kuntoutuskeskuksista”

Kahdeksan kuukauden toiminta-aikana terveysneuvontapisteeseen tehtiin yhteensä 213 asiakaskäyntiä ja eri asiakkaita kävi 30–40. Eri asiak-

5. *Myös sosiaali- ja terveydenhuollon edustajat Viipurissa kertoivat huumeiden käyttäjien kontakteista suomalaisiin. Suomalaismiesten tiedetään ostavan seksiä viipurilaisilta nuorilta huumeiden käyttäjänaisilta ja tytöiltä sekä solmivan jopa ”seurustelusuhteita” heidän kanssaan. Lisäksi suomalaisia huumeiden käyttäjiä käy Viipurissa, koska heroini on siellä halpaa. Käyttö vieraissa oloissa ja puutteellisin välinein on erityisen riskialtista.*

kaiden tarkkoja määriä ei tiedetä, koska asiointi oli matalan kynnyksen periaatteiden (ks. Huotari & Törmä 2002; Kaakinen & al. 2003) mukaisesti anonyymia. Terveysneuvontapiste ei kerännyt palvelun käyttäjistä tunnistetietoja, vaan asiakkaat kertoivat asioidessaan itse keksimänsä nimimerkin ja syntymävuoden. Työntekijän pitämän käynti- ja suoritetilaston perusteella tiedetään, että noin viidennes oli alle 20-vuotiaiden ja kolme neljäsosa 20–30-vuotiaiden käynnejä. (Lähteenmäki 2005.) Sama tilasto kertoo, että kokeilun aikana vaihdettiin kaikkiaan 283 ruiskua ja neulaa eli keskimäärin vain 1,3 ruiskua ja neulaa käyntiä kohti⁶. Vaihto oli merkitty asiointin syyksi noin puolessa käynneistä. Tilaston mukaan jokaisella käynnillä annettiin sen sijaan sosiaalista ja oikeudellista konsultaatiota. Hyvin usein myös keskusteltiin asiakkaiden vanhempien ja heidän muiden läheistensä kanssa (Lähteenmäki 2005). Terveysneuvontapisteessä asioineista saatiin haastateltaviksi vain neljä⁷, joten ei voida arvioida, miten hyvin palvelu vastasi asiakkaiden tarpeisiin ja kuinka suuri asiakastyytyväisyys yleensä vallitsi.

Haastatelluista asiakkaista kolme oli asiointipisteessä jo pidempään, yksi oli vastikään löytänyt palvelun. Kukaan ei muistanut, kuinka monta kertaa oli käynyt terveysneuvontapisteessä. Kaikille syynä ensimmäiseen asiointiin oli ruiskujen ja neulojen vaihto. Kaksi oli saanut tiedon palvelusta huomattuaan ”keskuksen” kyltin Lenininkadulla, kahdelle oli kaveri kertonut siitä. Kaikkien neljän mielestä terveysneuvontapisteeseen oli helppo tulla. Kahta tosin arvelutti samassa rappukäytävässä sijaitseva miliisi. Toinen heistä sanoikin aina odottavansa ja menevänsä sisään vasta, kun ketään ei näy. He tunsivat myös muita huumeiden käyttäjiä, jotka kartoivat keskusta juuri tästä syystä.

Oliko Lenininkadun terveysneuvontapiste sitten muuttanut asiakkaisiksi tulleiden riskikäyttäytymistä? Neljän haastattelun perusteella tähän ei voi antaa tyhjentävää vastausta. Asiakkaat kuvai-

livat kuitenkin huolellisempaa ruiskujen ja neulojen käyttöä ja vähäisempää pistämiseen liittyvää riskikäyttäytymistä kuin palvelujen ulkopuoliset haastatellut. Tietenkin saattaa olla, että terveysneuvontapisteessä annetut vastaukset ovat hieman kaunisteltuja. Yleishavaintona voidaan myös sanoa, että terveysneuvontapisteessä haastateltujen vastaukset olivat lyhyempiä ja varovaisempia kuin muualla haastateltujen.

Kaikki neljä asiakasta pitivät ruiskujen ja neulojen vaihtoa tärkeänä infektioriskin takia. Ennen ”keskuksessa” käyntiä he olivat ostaneet pistosvälineet apteekista ja ”heittäneet käytetyt pois”. Kaksi heistä sanoi edelleen käyttävänsä samoja välineitä useita kertoja uudelleen ja vain yksi käyttävänsä aina uutta ruiskua ja neulaa pistäessään. Kaikki kuitenkin sanoivat pistävänsä vain itse aikaisemmin käyttämillään ruiskuilla ja neuloilla, jotka he puhdistivat käyttökertojen välillä vedellä. Yhteisiä välineitä muiden kanssa he eivät kertomansa mukaan olleet käyttäneet vuoteen. He tiesivät hiv-riskin olevan todellinen ja infektion leviävän likaisten pistosvälineiden kautta. He kaikki myös tunsivat huumeiden käyttäjiä, jotka olivat saaneet infektion.

Terveysneuvontapisteen asiakkaat pitivät huumeiden käyttäjille tarkoitettua palvelua tärkeänä. He eivät kokeneet tarvitsevansa yhteiskunnalta muita palveluja tai tukia. He olisivat kuitenkin laajentaneet terveysneuvontapisteen toimintaa niin, että muun muassa psykologin palveluja olisi ollut saatavilla. Myös palvelujen ulkopuolisten haastatteluissa tuli esiin toistuvasti psykologin ja lääkärin palvelujen tarve. Koetut tarpeet painoutuivat yleensäkin enemmän hoitoon pääsyyn kuin vielä oudolta tuntuvaan palveluun, jonka ensisijainen tarkoitus ei ole päihdehoito eikä raitistuminen.

Terveysneuvonta viipurilaisessa toimintaympäristössä

Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta oli alusta lähtien vierasta ”tuontitavaraa” viipurilaisesta näkökulmasta. Se perustui länsimaissa kehitettyyn palvelumalliin ja venäläiselle yhteiskunnalle vieraaseen ajatteluun huumeiden käytön haittojen vähentämisestä. Palvelumuoto tuotiin Viipurin päihdehoidon niukkaan rakenteeseen, jonka ytimen muodostaa päihdesairaala. Se hoitaa kaikkia päihdeongelmia samoin karuin hoitomenetelmin. Huumeongelmiaisille on varattu sairaalasta vain kaksi vuodepaikkaa. Viipurin seudulla on

6. Suomessa esimerkiksi Liikkuvan terveysneuvontayksikön ruiskujen ja neulojen keskimääräinen vaihtomäärä oli sen toiminnan alussa 30 ruiskua ja neulaa käyntiä kohti (Törmä & Huotari 2005b).

7. Neljästä haastatellusta asiakkaasta kolme oli miehiä. Haastatellut olivat 23–35-vuotiaita eli hieman vanhempia kuin palvelujen ulkopuolelta tavoitetut. He kaikki käyttivät heroiniä suonensisäisesti päivittäin.

lisäksi huumeiden käyttäjien hoitokoti Betel, joka toimii uskonnollisten periaatteiden pohjalta.

Terveysneuvontapisteen perustaminen kohtasi monia kulttuurisia ja erilaiseen toimintaympäristöön liittyviä karikkoja. Jo lähtökohta oli ongelmallinen. Toiminnan toteuttajayhdistys ”Viipuri ilman huumeita” pyrki nimensä mukaisesti ensisijaisesti huumeettomaan yhteiskuntaan. Toisin kuin Venäjällä yleensä järjestöt tuottavat terveysneuvontapalveluja, eikä toteuttajajärjestö ollut haittojen vähentämiseen orientoitunut (ks. Lilja 2007). Paikallisissa toimijoissa ei ollut juuri ketään, joka olisi todella sisäistänyt haittojen ehkäisyyn ajatuksen, vaan hoitojärjestelmässä pyrittiin melko yksiselitteisesti huumeettomuuteen.

Viipurilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden suhtautuminen terveysneuvontaan oli ristiriitaista. Vastustusta tuli erityisesti terveydenhuollon puolelta. Päihdesairaalan johtavat lääkärit eivät hyväksyneet toimintaa juuri siksi, että se ei suoraan pyrkinyt päihitteettömyyteen. Haastatteluissa tuli selvästi esiin, että vain huumeista eroon pääseminen on hyväksyttävä tavoite ja haittojen vähentäminen pelkkää ”pelleilyä”. He olisivat halunneet kuulla suomalaisen hankkeen kautta mieluummin jotakin, joka ratkaisisi heidän huumehoitonsa ongelmat, auttaisi ”parantamaan huumesairaudesta” ja ehkäisisi ennalta huumeiden käyttöä. Puhe haittojen vähentämisestä vaikutti heistä ilmeisesti luovuttamiselta ja heidän tavoitteittensa vastaiselta. Tosin myös päihdelääkäreiden keskuudessa oli nähtävissä mielihäpe-eroja. Muun muassa päihdesairaalan poliklinikan lääkäri piti tärkeänä ehkäistä myös tartuntatautiriskiä.

Koska terveysneuvontapiste oli hallinnollisesti nuorisotoimen alaisuudessa eikä terveydenhuollon sektori ollut sitoutunut sen toimintaan, se jäi konkreettisestikin irralliseksi päihdehuollon rakenteesta. Tämä kavensi toimintamahdollisuuksia muun muassa siten, että terveysneuvontapisteessä ei saatu tehdä alun perin suunniteltuja ja erittäin tärkeiksi koettuja hiv-pikatesteuksia. Testien avulla olisi pystytty selvittämään todellista tartuntatautilannetta huumeiden käyttäjien keskuudessa ja tarjoamaan kohderyhmälle mahdollisuus testauttaa itsensä anonymisti.

Terveysneuvontapisteen palvelumalli haluttiin hankesuunnitelman mukaan alun perin tehdä huumeiden käyttäjille matalakynnyksiseksi (termistä myös Huotari & Törmä 2002; Kaakinen & al. 2003; Törmä 2006), niin että palvelupiste-

seen olisi voitu tulla suoraan kadulta ilman ajanvarausta tai viranomaisten läheteitä. Palvelun piti olla kohderyhmälle mahdollisimman helpoita niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Käytännön toteutus oli länsimaisittain ajatellen kuitenkin hyvin erikoinen ja sisälsi jo lähtökohtaisesti palvelukynnyksiä. Kuten edellä todettiin, rakennuksen samassa rappukäytävässä sijaittiin aluemillisiin yksikkö. Myös terveysneuvontapisteen osa-aikainen johtaja ja Viipuri ilman huumeita ry:n puheenjohtaja oli eläkkeellä oleva miliisi. Tämä näkyvä miliisin läheisyys ja yhteydet siihen osoittautuivatkin jatkossa huumeiden käyttäjien kannalta merkittäväksi palvelukynnykseksi.

Palveluun tulon kynnykset

Terveysneuvontapiste perustettiin kohderyhmälle, jolle ei ole olemassa erityispalveluja ja joka ei saa yhteiskunnalta mitään tukea. Monet haastatellut pitivät Venäjän valtion piittaamattomuutta syynä siihen, etteivät he saa palveluja. Kynnyksyden sävyttämät lausahdukset kertovat lyhydessäänkin paljon: ”Koska asumme Venäjällä”; ”Meillä on sellainen valtio”; ”Ei valtio pidä minusta huolta”; ”Valtiolle yhdentekevää”; ”Valtiolle on samantekevää, mitä minulle kuuluu”; ”Siitä valtio viis veisaa” ja ”Meitä ei pidetä ihmisinä”. Kaksi haastateltua vastasi, ettei heillä ole asiapapereita, kuten passia, jotta he voisivat saada palveluja.

Aineistomme huumeiden käyttäjistä 94 prosenttia ei ollut käynyt myöskään koskaan terveysneuvontapisteessä. Terveysneuvontapalvelua koskevissa vastauksissa korostuvat siksi palvelun käytön kynnykset eli syyt siihen, miksi haastatellut eivät käyttäneet palvelua. Koska terveysneuvontakokeilun aikana kävijämäärä jäi palvelutarpeeseen nähden pieneksi, on tärkeää selvittää, miksi vain jotkut huumeiden käyttäjät hakeutuivat terveysneuvontapisteeseen.

Yksi selitys on heikko tiedon kulku asiasta. Yli puolet haastatelluista ei ollut koskaan kuullutkaan terveysneuvontapisteestä. Vajaa kolmannes oli kuullut, mutta ei tiennyt, mitä palveluja ”keskuksesta” saa. Samantyyppisiä tiedon kulun ongelmia oli myös Suomessa Liikkuvan terveysneuvontayksikön kokeilun alkuvaiheessa, kunnes viidakkorumpu oli tehnyt tehtävänsä (ks. Törmä & Huotari 2005b; Törmä 2006).

Viipurissa vain seitsemän muualla kuin terveysneuvontapisteessä haastateltua oli kuullut paikat ja tiesi, mitä palveluja siellä tarjotaan. He ei-

vät kuitenkin olleet kertaakaan käyneet terveysneuvontapisteessä. Suuri osa sai tietää palvelusta vasta haastattelutilanteessa. Terveysneuvontapisteessä käymättömistä haastatelluista muutama aikoi mennä sinne jossain vaiheessa saatuaan tietää palvelusta. Yli puolet ilmoitti, ettei mene ”keskukseen” ja runsas neljännes oli vielä epäroivälillä kannalla.

Yleisin syy palvelun käyttämättömyyteen tai epäilyksiin sinne menoa kohtaan oli se, ettei palvelua koettu tarpeelliseksi ja että sen antama apu kyseenalaistettiin. Haastatelluilla oli mielestään ensisijaisempia avun tarpeita kuin terveysneuvonta eli tässä tapauksessa se palvelu, jota he uskoivat ”keskuksen” tarjoavan. He kertoivat tarvitsevansa keskusteluapua (59 %), psykologin palveluja, ohjausta päihdehoitoon, tietoa hoitomahdollisuuksista, lääketieteellistä neuvontaa ja metadoni-ohjelmaa. Viimeksi mainittua lukuun ottamatta siis jokseenkin niitä palveluja, joita terveysneuvontaan yleensä ruiskujen ja neulojen vaihdon ohella kuuluu.

Haittojen ehkäisyyn ja terveysneuvontapalvelun tarpeellisuutta koskevat vastaukset olivat seuraavan tyyppisiä, lyhyitä ja ihmetteleviä: ”Se [hiv] on narkomaanien sairaus, joka tapauksessa kaikki saamme tartunnan.”; ”Samantekevää, jos olet narkomaani, se on loppu!”; ”Niille jotka pistää, mikään ei ole tärkeää.”; ”Miksi pitää mennä sinne, minulla on joka tapauksessa ongelmia?”; ”En ymmärrä, ketä varten se on tarkoitettu?”; ”Miksi? Kaiken saa ostaa.”; ”En tarvitse, pääsen itse irti piikittimisestä.”; ”En tarvitse, minulla kaikki on jo menetetty.”

Vastaukset kuvastavat huumeiden käytön haittojen vähentämisen keinojen ja siitä koituvien hyötyjen heikkoa tuntemusta. Palveluja käyttämättömät huumeiden käyttäjät eivät tienneet eivätkä ymmärtäneet, mitä palveluja terveysneuvontapisteestä saa ja mikä näiden palvelujen merkitys on. Mukana oli myös kohtalonuskoa ja pessimismia: yleinen ajatus oli, että huumeiden käyttäjä on jollain tavalla ”menetetty” tai ”tuomittu” ja että häntä on turha auttaa.

Toiseksi yleisin syy terveysneuvontapisteen välttelemiseen oli valvonnan ja viranomaisten pelko. Tämä on todettu monissa muissakin maissa yhdeksi keskeiseksi palveluun tulon kynnykseksi (esim. Davis & al. 2005; Small & al. 2006). Myös Suomessa ja esimerkiksi Ruotsissa osa huumeiden käyttäjistä pelkää, että poliisi tarkkailee terveysneuvontapisteisiin menijöitä (Perälä 2002;

Törmä 2006; Lalander 2001). Viipurin huumeiden käyttäjien kohdalla pelko on ymmärrettävä ja aiheellinen. Venäjällä huumeiden käyttäjäksi osoittautunut henkilö rekisteröidään ja rekisteröinti vaikuttaa hänen koko elämäänsä, esimerkiksi työn, asunnon tai ajokortin saantiin. Pahimassa tapauksessa huumeiden käyttäjäksi rekisteröitävä voi päätyä vankilaan. Venäjän huumeiden käyttäjien on tutkimuksissa (esim. Rhodes & al. 2006b) todettu pelkäävän ruiskujen ja neulojen vaihtoa ja niiden mukana kuljettamista juuri miliisin väliintulon ja rekisteröinnin takia, vaikka pistosvälineiden hallussapito ei sinänsä ole Venäjän lainsäädännön mukaan rikos (ks. myös Lilja 2007; Malinowska-Sempruch 2003).

Miliisin pelkoa kuvastaa myös se, että aineiston keruun yhteydessä haastattelusta kieltäytyneistä viidestätoista huumeiden käyttäjästä monet eivät halunneet osallistua tutkimukseen siksi, että he pelkäsivät miliisiä ja luulivat sen lähettäneen haastattelijat. Haastateltujen vastauksissa miliisin pelko konkretisoituu ennen kaikkea terveysneuvontapisteen erikoisen sijainnin vuoksi. Tätä tuotiin esiin monissa eri vastauksissa: ”Tiedätkö, kun siellä miliisi istuu lähellä, en halua tavata heitä!”; ”Koska siellä on miliisi, en halua edes yrittää.”; ”Koska siellä on miliisi” jne. Joissain vastauksissa epäiltiin suorastaan ansaa tai petosta, johon huumeiden käyttäjiä pyritään palveluja tarjoamalla houkuttelemaan.

Muutama haastateltu ei halunnut käydä terveysneuvontapisteessä siksi, että heidän kaverinsa voisivat saada sen selville. Nämä vastaukset olivat mielenkiintoisia: miksi kaverit eivät olisi saaneet tietää asiainnista terveysneuvontapisteessä? Oliko heillä huumeita käyttämättömiä kavereita, jotka eivät tienneet käytöstä vai voisiko olla niin, että he pelkäsivät muiden huumeiden käyttäjien alkavan epäillä heitä miliisiyhteyksistä? Jatkokysymys olisi haastatteluissa ollut tässä kohdin paikallaan, mutta koska haastattelut tehtiin ulkopuolisten haastattelijoiden toimesta ja lomake oli strukturoitu, eivät tämäntyyppiset tarkennukset olleet mahdollisia.

Miten sitten palvelu olisi huumeiden käyttäjien mielestä pitänyt järjestää, jotta se olisi ollut paremmin saatavilla ja kynnys matalampi? Haastateltujen mukaan työntekijöiden olisi pitänyt tulla heidän keskuuteensa keskustelemaan ja kertoamaan palveluista ja hoitomahdollisuuksista. Olsi pitänyt myös tiedottaa enemmän. ”Pitää enemmän puhua keskuksista.”; ”Tehdä sillä tavalla, et-

tä narkomaanit saavat tietää siitä.”; ”Keskustella, kuten sinä, antaa kutsukortteja.”; ”Tärvitaan ehkä enemmän ihmisiä kuten sinä, jotka tulevat meidän luo, keskustelevat ja kertovat keskuksen palveluista.” Haastatellut toivoivat jalkautuvia kenttätöntyöntekijöitä huumeiden käyttäjien pariin. He toivoivat, että heidän luokseen tultaisiin konkreettisesti kertomaan palveluista ja antamaan ohjausta päihdehoitoon, sillä hoitoon pääsy ei ollut helppoa, eivätkä monet edes uskoneet realistisiin hoitomahdollisuuksiinsa.

Haastateltujen mielestä ”keskuksen” pitäisi sijaita kaukana miliisistä ja täysin anonyymien asiainnoinnin pitäisi olla mahdollista: ”Siirtää kauas miliisistä.”; ”Poistaa miliisi ja tehdä paikka avoimeksi nimettömille asiakkaille.” Hyvä sijainti merkitsi vastaajille eri asioita. Jotkut halusivat sen keskeiselle paikalle hyvien kulkuyhteyksien päähän (kuten juuri Lenininkadulla) ja jotkut sivummalle sisäpihalle näkymättömiin muiden katseilta. Nämä toiveet vastaavat Suomessa esiin tulleita terveysneuvontapalvelun sijoittamisen liittyviä kriteereitä. Palvelun tulon kynnyksen mataluus on sidoksissa monesti hyvin konkreettisiin palveluyksikön sijaintiin ja sen ympäristöön liittyviin seikkoihin (ks. Törmä 2006).

Pohdinta

Aluksi takaiskulta tuntunut kielto haastatella palvelun käyttäjiä terveysneuvontapisteessä osoittautui tutkimuksen kannalta hyväksi käänteeksi, sillä jouduimme siirtämään huomion palvelujen ulkopuolisiin huumeiden käyttäjiin. Palvelun matalakynnyksisyyden arviointiin tarvitaan myös niitä, jotka syystä tai toisesta eivät ole käyttäneet heille tarkoitettua palvelua. Viipurin oloissa palvelujen ulkopuolisen kohderyhmän tavoittaminen tutkimukseen on erityisen merkittävää, sillä kyseessä on kohderyhmä, joka tunnetaan huonosti ja jonka mielipiteitä ei ole ennen kysytty. Vaikka haastateltujen joukkoa ei voida pitää edustavana otoksena Viipurin huumeiden käyttäjien populaatiosta, he ovat kuitenkin satunnaisesti kaduilla ja puistoista poimittuja nuoria huumeiden ongelmakäyttäjiä, juuri sitä kohderyhmää, joka terveysneuvontapalvelun avulla oli tarkoitus tavoittaa.

Venäjällä huumeiden käyttöä pidetään lähes puhtaasti yksilön valintana. Kuka sen tien valitsee, on tuomittu kurjuuteen. Yhteiskunta kääntää

selkensä huumeiden käyttäjille riippumatta siitä, minkälaisista oloista he ovat lähtöisin tai miten nuoria ja hädänalaisissa olosuhteissa eläviä he ovat. Viipurilaista todellisuutta vasten puhe nuoren, usein lapsen, tietoisesta väärästä valinnasta ja sen peruuttamattomuudesta tuntuu kohtuuttomalta. Esimerkiksi Liisa Lähteenmäen mukaan Viipurissa nuorten lähtökohdat ovat jo lapsuudenkodista lähtien usein todella heikot ja lasten terveydelliset ongelmat ja syrjäytymiskehitys alkavat hyvin varhain. (Lähteenmäki 2005.)

Laintulkinta ja asennoituminen huumeiden käyttäjiä kohtaan ovat Venäjällä ankaria (ks. Lilja 2007; Tigerstedt & al. 2001). Yleinen ilmapiiri ja politiikka eivät myöskään tue haittojen vähentämistä. Terveysneuvontapisteiden perustamisen lähtökohta oli siksi Viipurissa vielä huomattavasti vaikeampi kuin esimerkiksi Suomessa vuonna 1997, jolloin ensimmäinen terveysneuvontapiste perustettiin Helsinkiin. Meilläkin ruiskujen ja neulojen vaihtotoiminta aiheutti aluksi vilkasta julkista keskustelua, jossa esitettiin epäilyjä toiminnan laittomuudesta ja huumeiden käytön edistämisestä. Työrauha saavutettiin kuitenkin verrattain pian, ja viimeistään vuonna 1998 huumeiden käyttäjien keskuudessa puhjennut hiv-epidemia (ks. Aaltonen & al. 2002; Törmä & al. 2002) vakuutti myös vastustajat toiminnan tarpeellisuudesta. Viipurissa ei edes katastrofaalinen hiv-tilanne ole saanut viranomaisia yhdistämään voimiaan haittojen vähentämiseksi (vrt. Salminen 2006).

Viipurin huumeiden käyttäjät eivät ole tottuneet siihen, että heille järjestetään palveluja tai että heitä pyritään tavoittamaan hoitoon. Pikemminkin heitä on pyritty saamaan millisikontrolliin, rekisteröimään heidät ja sulkemaan heidät vankiloihin. Tämä tekee ymmärrettäväksi luottamuksen puutteen ja vähäiset asiakasmäärät. Tarkastelemamme terveysneuvontapalvelun toiminta-aika oli kuitenkin erittäin lyhyt sen onnistuneisuuden arvioimiseksi. Suomenkaan kokemusten mukaan eivät terveysneuvontapisteet heti ensimmäisten toimintakuukausiensa aikana saavuta laajoja asiakasmääriä, vaan tiedon leviäminen ja luottamuksen syntyminen vaativat aikaa (Ovaska & al. 1998; Törmä & Huotari 2005b). Viipurin lyhyenä toiminta-aikana ei ehditty saada selville, olisiko asiakaskunta vähitellen kasvanut ja kuinka pitkän ajan se olisi vaatinut.

Viipurilaisten huumeiden käyttäjien kohderyhmä on tulkintamme mukaan varsin huono-

osaista (ks. myös Törmä & Huotari 2005a; Törmä 2007). Huono-osaisuus liittyy suurelta osin huumeiden käyttäjien erittäin heikkoon asemaan yhteiskunnassa. Heiltä puuttuu virallinen turva-verkko lähes täysin. Hoito- ja palvelujärjestelmä on olematon, eivätkä huumeiden käyttäjät pidä mahdollisuutta saada tukea yhteiskunnalta realistisena. Venäläinen yhteiskunta ei pyri integroimaan huumeiden käyttäjiä, vaan erilaisin suoriin ja epäsuoriin keinoin työntää heitä ulos. Viipurilaisista nuorista huumeiden käyttäjistä voitaisiin hyvinkin käyttää käsitettä ”uloslyödyt” (käsitteestä Vähätalo 1998).

Huumeiden käyttäjien rekisteröinti on erityinen Venäjän yhteiskuntaan liittyvä kontrollimekaniikka, jolla käyttäjät saadaan välttämään kaikkia virallisia kontakteja (Rhodes & al. 2006b). Rekisteröity käyttäjä voidaan pysäyttää ja tutkia milloin tahansa, jolloin esimerkiksi mukana kuljetettavat huumeiden käyttövälineet voivat johtaa pidätykseen. Hoitojärjestelmäk kontakteja rekisteröinnin pelossa karttaessaan huumeiden käyttäjät jäävät tarvitsemansa avun ulottumattomiin eivätkä uskalla hakeutua hoitoon, hankkia puhtaita pistosvälineitä tai käydä hiv-testeissä (Preventing HIV Infection ..., 2006; Trubnikov & al. 2003). Huumeiden käyttäjän leima on erittäin voimakas ja kaiken kattava. Ainoa tie takaisin vaikuttaisi asiantuntijahaastattelujen perusteella olevan jonkinlainen ”ihmeparantuminen huumesairaudesta”.

Monet haastatellut huumeiden käyttäjät olivat sisäistäneet ajattelun, että he ovat itse aiheuttaneet ja ansainneet kurjuutensa. Vallitseva epätoivon ilmapiiri oli häkellyttävän voimakas. Viipurin huumeiden käyttäjien keskuudessa ilmennyt henkinen ilmapiiri vahvistaa Jean-Paul Grundin (2001) artikkelissaan esittämää havaintoa. Venäjän huumeepolitiikassa on vallalla hänen ”venäläisyydeksi” kutsumansa ajatusmaailma, jonka mukaan Venäjän huumeiden käyttäjät ovat erilaisia kuin muun maailman huumeiden käyttäjät, eivätkä länsimaiset menetelmät päde heihin. Venäläiseen ajatteluun kuuluu käsitys, että heroinisteja on turha auttaa, he ovat tuomittuja ja kuolevat joka tapauksessa muutaman vuoden sisään ensimmäisestä injektioista. Tämä toivottomuus näkyi selvästi haastateltujen ajattelussa.

Viipurin huumeiden käyttäjät eivät olleet suoralta kädeltä valmiita omaksumaan terveysneuvontapalvelua. Kiinteä terveysneuvontapiste oli ilmeisesti ylipäänsä liian vaativa palvelumalli räs-

sä vaiheessa. Alun perin hankkeessa suunniteltu liikkuva terveysneuvonnan malli olisi voinut toimia paremmin. Alkuvaiheessa myös etsivä kenttätö olisi ollut tärkeää. Konkreettinen apu ja neuvonta huumeiden käyttäjien keskuudessa siellä, missä he ovat ja liikkuvat, olisi mennyt paremmin perille ja ollut luottamusta herättävämpää (ks. Törmä & al. 2007).

Vallitsevassa epäluulon ja epätoivon ilmapiirissä entisten huumeiden käyttäjien rekrytoiminen kenttätöontekijöiksi olisi voinut niin ikään olla hyvä täydentävä toimintamalli. Myös niin sanottu secondary syringe exchange (Voytek & al. 2003) on todettu tutkimuksissa olleen Venäjällä jopa tehokkaampaa kuin liikkuvien tai kiinteiden pisteiden vaihtotoiminta (esim. Irwin & al. 2006). Tässä mallissa aktiivit huumeiden käyttäjät toimivat kumppanuudessa haittojen ehkäisy-palvelujen kanssa vieden puhtaita välineitä toisille huumeiden käyttäjille. Viipurissa näin pitkälle viety malli olisi vaatinut palvelun järjestäjältä vankempaa haittojen vähentämiseen orientoitumista ja sitä kautta parempia edellytyksiä luoda luottamuksellisia suhteita huumeiden käyttäjiin.

Kohderyhmää koskevan tutkimusosuutemme perusteella voidaan varmasti sanoa, että Viipurin huumeiden käyttäjien keskuudessa on hyvin suurta terveysneuvontapalvelujen tarvetta, olipa sen toteutustapa mikä tahansa edellä mainituista. Tarvetta on sekä puhtaiden pistosvälineiden vaihdolle että laaja-alaiselle neuvonnalle. Myös hiv-pikatestausta tarvitaan, sillä tartuntatautitilanteesta oli epätietoisuutta niin koko yhteisön kuin yksilöidenkin tasolla.

Vaikka huumeiden käyttäjät tiesivät esimerkiksi ruiskujen ja neulojen yhteiskäytön riskit melko hyvin, he eivät kuitenkaan tienneet, kuinka välttää riskejä. He eivät mieltäneet, että juuri terveysneuvonta pyrkii auttamaan riskien välttämiseksi. Huumeiden käyttäjät pitivät terveysneuvontaa pelkkänä ruiskujen ja neulojen jakona. Myös terveysneuvontapisteessä annetut palvelut kertovat, että ensisijaiseksi koettu tarve ei liittynyt pistosvälineisiin. Tarjottu palvelu ei ollut heidän prioriteetissaan kärkipäässä, sillä he olivat vailla terveydenhuoltoa ja päihdehoitoa. Muutoinkin he olivat täysin oman onnensa nojassa ja monet heistä kaipaivat yksinkertaisesti turvallisia aikuisia, jotka olisivat antaneet neuvoja elämiseen. Avun tarve oli suurta ja kokonaisvaltaista.

Miksi sitten terveysneuvontapisteiden toiminta lakkasi niin pian, vaikka se oli saatu käynnistet-

tyä, sille oli olemassa tilat, työntekijä ja mitä ilmeisin tarve? Kokeilun päättymisellä ei ollut varsinaisesti tekemistä palvelujen tarpeen tai toiminnan sisällöllisen onnistuneisuuden kanssa. Perimmäisenä syynä oli todennäköisesti ulkoapäin tuodun haittojen vähentämistoiminnan heikko kantavuus ympäristössä, jossa sille ei löytynyt puolestapuhujia omasta takaa. Palvelun tuottajatahon huumeettomuuden ideologia ja vahva raitistamispyrkimys olivat lähtökohtaisesti ongelmallisia.

Teknisemmin terveysneuvontapisteiden toiminta kaatui yhteistyön vaikeuksiin paikallisten toimijoiden välillä. Terveysneuvontahankkeen menestystä haittasi myös sen hallinnollinen asema terveydenhuollon sektorin ulkopuolella. Terveysneuvontamallin mukaan saaminen ja yhteistyö päihdehuollon hoitoyksiköiden kanssa olisivat olleet ensiarvoisen tärkeitä. Esimerkiksi Murmanskin matalan kynnyksen keskuksen toiminnan jatkuvuuteen on vaikuttanut ratkaisevasti juuri paikallisten terveysviranomaisten sitoutuminen siihen (Salminen 2006).

Myös terveysneuvontapisteiden sijoittaminen miliisiin naapuriin oli vähintäänkin erikoinen ratkaisu, kun ottaa huomioon, minkälaisia kokemuksia muualla maailmassa on huumeiden käyttäjien palvelukäyttäytymisestä. Yksikön sijoituksen olisi pitänyt olla parempi: huomaamaton ja kaukana miliisistä, jotta huumeiden käyttäjät eivät olisi pelänneet rekisteröintiä ja palvelun kytkeytymistä kontrolliviranomaisten toimintaan.

Vaihdettujen ruiskujen ja neulojen pieni määrä saattaa kertoa siitä, että asiakkaat eivät uskaltaneet kuljettaa huumeiden käyttöön tarkoitettuja välineitä mukanaan asioidessaan miliisiin lähellä sijaitsevassa terveysneuvontapisteessä. Vaihdomäärät saattavat kertoa myös konkreettisesti palvelun ideologisesta lähtökohdasta. Käytännön palvelutoiminnassa on voinut käydä niin, että haittojen vähentämisen ajatus on jäänyt jalkoi-

hin ja asiakaskontaktissa on keskitytty enemmän asiakkaan päihteiden käyttöön ja sen lopettamiseen. Tiivistetysti sanoen kokeilu kaatui kulttuurisiin eroihin: palvelumalli oli länsimainen, mutta käytännön toteutustapa oli hyvin paikallinen eikä siinä juuri otettu huomioon kansainvälisiä kokemuksia haittojen vähentämistoiminnan onnistumisen edellytyksistä.

Huumeiden käyttäjien näkökulmasta tarvetta asioida terveysneuvontapisteessä ja vaihtaa pistosvälineitä vähensi se, että ruiskuja ja neuloja sai vapaasti ostaa apteekkeista melko edullisesti. Vaikka apteekkien ruiskujen ja neulojen myynti sinänsä on erittäin hyvä asia, jäivät välineensä niistä hankkivat vaille muita terveysneuvonnan palveluja ja kontakti hoitojärjestelmään jää saavuttamatta. Apteekkeihin ei myöskään voi palauttaa likaisia välineitä, vaan ne jäivät uudelleen käytettäväksi ja päätyvät ympäristöön. Terveysneuvontapistettä tarvittaisiin siksi kipeästi myös sen ruiskujen ja neulojen vaihtotehtävän vuoksi.

Viipurilaiset huumeiden käyttäjät ja viipurilainen hoitojärjestelmä tarvitsisivat tulkitamme mukaan kuitenkin ensisijaisesti nuorten ongelmiin erikoistunutta matalan kynnyksen huume-klinikkaa (ks. Törmä & al. 2003). Klinikkan toimintaan pitäisi pystyä kytkemään myös terveysneuvonta ja puhtaiden pistosvälineiden jako eli yhdistämään päihdehoidollinen ja haittojen vähentämisen ajattelu konkreettisesti. Huumeiden käyttäjien sinänsä kohtuullinen tietoisuus riskeistä ei johda riskittömämpään käyttäytymiseen ilman hoitojärjestelmän määrätietoista tukea. Kustannuksiltaan tällainen hoitoyksikkö olisi huomattavasti kalliimpi kuin kevytrakenteinen terveysneuvontapiste, mikä on suuri este sen toteutumiselle. Ideologisesti se istuisi paremmin viipurilaiseen toimintaympäristöön kuin tässä tarkasteltu toimintamalli.

KIRJALLISUUS

- AALTONEN, URSULA & ARSALO, ALI & SINKKONEN, MINNA (toim.): Being Positive. Perspectives on HIV/AIDS in the EU's Northern Dimension and Finland's Neighbouring Areas. Helsinki: Stakes, 2002
- ANDERSEN, DITTE & JÄRVINEN, MARGARETHA: Harm reduction – ideals and paradoxes. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24 (2007): 3, 235–252
- ARAL, SEVGI O. & ST. LAWRENCE, JANET S.: The Ecology of Sex Work and Drug Use in Saratov Oblast,

Russia. *Sexually Transmitted Diseases* 29 (2002): 12, 798–805

- CSETE, JOANNE: Lessons not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation. *Human Rights Watch Reports* 16 (2004): 5
- DAVIS, C. S. & BURRIS, S. & KRAUT-BECKER, J. & LYNCH, K. B. & METZGER, D.: Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia, Pa. *American Journal of Public Health* 95 (2005): 2, 233–236
- DES JARLAIS, DON C. & GRUND, JEAN-PAUL & ZA-

- DORETZKY, CATHERINE & MILLIKEN, JUDITH & FRIEDMANN, PATRICIA & TITUS, STEPHEN & PERLIS, THERESA & BODROVA, VALENTINA & ZEMLIANOVA, ELENA: HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia. *International Journal of Drug Policy* 13 (2002): 3, 165–174
- DJUMA, VITALY & SARANG, ANYA: Harm Reduction in the Russian Federation: Achievements and Challenges. Lecture in CFATM Partnership Forum in Duran, South Africa, 1 July 2006
- DRUGS, AIDS AND HARM REDUCTION. How to slow the HIV epidemic in Eastern Europe and the Former Soviet Union. New York: Open Society Institute, International Harm Reduction Development, 2001
- EMCDDA:N VUOSIRAPORTTI 2004. Huumeongelma Euroopan unionissa ja Norjassa.
- EMCDDA:N VUOSIRAPORTTI 2006. Huumetilanne Suomessa 2006. Uusin tieto, uusimmat kehitysuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Helsinki: Stakes & EMCDDA
- EVALUATION OF THE SITUATION CONCERNING NON-MEDICAL USAGE OF DRUGS BY STUDENTS OF VYBORG AREA, LENINGRAD REGION. Nordic Council of Ministers. Vyborg: Youth, physical culture, sports and tourism committee of Leningrad region, 2004
- GRUND, JEAN-PAUL C.: A Candle Lit From Both Sides: The Epidemic of HIV Infection in Central And Eastern Europe. In: McElrah, Karen (ed.): *HIV and Aids: A Global View*. Westport, Ct. USA: Greenwood Press, 2001
- HEINÄNEN, MARJA: Tulevaisuus – ”Budusheje”. Viipurin alueen ehkäisevän päihdetyön projekti 2002–2003, loppuraportti. Selvityksiä 7. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, 2004
- HIRSJÄRVI, SIRKKA & REMES, PIIRKKO & SAJAVAARA, PAULA: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2004
- <http://haf-spb.org/en/projects/main-programme/> (katsottu 6.3.2008)
- <http://www.barentshealth.org> (katsottu 6.3.2008)
- HUOTARI, KARI & TÖRMÄ, SINIKKA: Matalan kynnyksen malli huumeiden käyttäjien palveluissa. Raportti Sosiaali- ja terveysministeriölle 13.11.2002. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy, 2002 (julkaisematon)
- HUOTARI, KARI & TÖRMÄ, SINIKKA: Nuoret huumeiden käyttäjät ja huumeiden käytön haittojen ehkäisy Viipurissa. Raportti. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy, 2006 (julkaisematon)
- HYNNINEN, EIJ: Hiv-riskitekijät Karjalan tasavallassa. Kansanterveys 5–6/2001, 2–4
- IRWIN, K. & KARCHEVSKY, E. & HEIMER, R. & BADRIEVA, L.: Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation. *Substance Use & Misuse* 41 (2006): 6/7, 979–999
- KAAKINEN, JUHA & TÖRMÄ, SINIKKA & HUOTARI, KARI & INKEROINEN, TIIA: RAY:n rahoittaman huumeiden vastaisen työn ja matalan kynnyksen palvelujen merkitys. RAY:n avustustoiminnan raportteja 10. Helsinki: Raha-automaattiyhdistys, 2003
- KLEIN, AXEL & ROBERTS, MARCUS & TRACE, MIKE: Drug Policy and the HIV Pandemic in Russia and Ukraine. Briefing Paper 2, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, April 2004
- KOKKO, LAURA: Terveysneuvontaa vientinä Viipuriin. *Viesti* 3/2006. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos, 2006
- KSOBIECH, KATE & SOMLAI, ANTON M & KELLY, JEFFREY A. & BENOTSCH, ERIC & GORE-FELTON, CHERYL & OSTROVSKI, DIMITRI & MCAULIFFE, TIMOTHY & KOZLOV, ANDREI P.: Characteristics and HIV Risk Behaviors Among Injection Drug Users in St. Petersburg, Russia: A Comparison of Needle Exchange Program Attenders and Nonattenders. *Journal of Drug Issues* 34 (2004): 4, 787–803
- LALANDER, PHILIP: *Hela världen är din – en bok om unga heroinister*. Lund: Studielitteratus, 2001
- LEINIKKI, PAULI: HIV-tilanne vaikeutuu Luoteis-Venäjän alueella. *Kansanterveys* 7/2002
- LILJA, MY: Drug Discourses in Contemporary Russia: A Study of the National Press, NGOs and the Government. Stockholm: University of Stockholm, Department of Criminology, Dissertation in Criminology no. 20, 2007
- LÄHTEENMÄKI, LIISA: Lasten ja nuorten hyvinvointi Viipurissa ja Viipurin piirissä 2003–2005. Loppuraportti. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy, 2005
- MALINOWSKA-SEMPRUCH, KASIA & HOOVER, JEFF & ALEXANDROVA, ANNA: Unintended Consequences: Drug Policies Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine. A policy report prepared for the UN Commission on Narcotic Drugs and national governments. New York: Open Society Institute. International Harm Reduction Development, 2003
- THE NARCOTISM IN THE VYBORG AREA OF LENINGRAD REGION: a degree of distribution, the reason, the tendency and methods of counteraction. Nordic Council of Ministers. Vyborg: Committee on physical training, sports, tourism and the youth policy of Administration of Leningrad region, 2005
- OVASKA, ANNE & HOLOPAINEN, ANTTI & ANNALA, TUULA: Terveysneuvontapiste Vinkki, loppuraportti terveysneuvontakokeilun toiminnasta 4.4.–31.12.1997. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 7. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 1998
- PERÄLÄ, JUSSI: Hidasta ja nopeaa – heroiniin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. Teoksessa: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Yliopistokustannus, 2002
- POWER, ROBERT & KHALFIN, RUSLAN & NOZHKINA, NATALYA & KANARSKY, IGOR A.: An evaluation of interventions targeting injecting drug users in Sverdlovsk Oblast, Russia. *International Journal of Drug Policy* 15 (2004): 4, 305–310
- PREVENTING HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS IN HIGH-RISK COUNTRIES. An Assessment of the Evidence. Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries. Board on Global Health. Institute of Medicine of the National Academies.

- Washington DC: The National Academies Press, 2006
- PURO, PÄIVI & TUORI, TANJA: Minimisation of HIV risks among young drug users in St. Petersburg, Helsinki and Stockholm, project 2001–2004. Duplicate Series 53. Helsinki: A-Clinic Foundation, 2006
- PYSHKINA, TATIANA: Katulasten määrä kasvaa Venäjällä. *Tiimi* 5/2003, 8–10
- RAKHMANOVA, R. A. & VOLKOVA, V. G. & VINOGRADOVA, V. E. & SHELUKHINA, S. V. & IAKOVLEV, I. A. & ALSTERLUND, A. R. & MOESTRUP, M. T. & ANDERSSON, A. M. & NAUCLER, N. A.: The Malmo–St. Petersburg project for drug users. *International AIDS Conference*, July 7–12; 14: Abstract Mo-PeC3379, 2002
- REVERSING THE EPIDEMIC. Facts and Policy Options. HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. United Nations Development Programme. Bratislava: UN, 2004
- RHODES, TIM & LOWNDES, CATHERINE & JUDD, ALI & MIKHAILOVA, LARISSA A. & SARANG, ANYA & RYLKOV, ANDREY & TICHONOV, MIKHAIL & LEWIS, KIM & ULYANOVA, NINA & ALPATOVA, TATIANA & KARAVASHKIN, VICTOR & KHUTORSKOY, MIKHAIL & HICKMAN, MATTHEW & PARRY, JOHN V. & RENTON ADRIAN: Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS* 16 (2002): 13, 25–31
- RHODES, TIM & JUDD, ALI & MIKHAILOVA, LARISSA & SARANG, ANYA & KHUTORSKOY, MIKHAIL & PLATT, LUCY & LOWNDES, CATHERINE & RENTON, ADRIAN: Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation: maximizing the protective effects of syringe distribution. *J Acquir Immune Defic Syndr* 35 (2004): 3, 293–300
- RHODES, TIM & MIKHAILOVA, LARISSA & SARANG, ANYA & LOWNDES, CATHERINE & RYLKOV, ANDREY & KHUTORSKOY, MIKHAIL & RENTON, ADRIAN: Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med* 57 (2003): 1, 39–54
- RHODES, TIM & PLATT, LUCY & MAXIMOVA, SVETLANA & KOSHKINA, EVGENIYA & LATISHEVSKAYA, NATALIA & HICKMAN, MATTHEW & RENTON, ADRIAN & BOBROVA, NATALIA & McDONALD, TAMARA & PARRY, JOHN V.: Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study. *Addiction* 101 (2006): 2, 252–266. 2006a
- RHODES, TIM & PLATT, LUCY & SARANG, ANAYA & VLASOV, ALEXANDER & MIKHAILOVA, LARISSA & MONAGHAN, GEOFF: Street Policing, Injecting Drug Use and Harm Reduction in a Russian City: A Qualitative Study of Police Perspectives. *Journal of Urban Health* 83 (2006): 5, 911–925. 2006b
- RISSANEN, ANNE: Murmanskin narkomaanit saivat oman keskuksen. *Dialogi* 3/2006
- SALMINEN, MIKA: HIV-epidemiät Venäjän lähialueilla ja Baltian maissa. *Kansanterveys* 4/2006
- SKRETETING, ASTRID: Harm reduction – any limits? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24 (2007): 3, 270–279
- SMALL, WILL & KERR, THOMAS & CHARETTE, JOHN & SCHECHTER, MARTIN T. & SPITTAL, PATRICIA M.: Impacts of intensified police activity on injecting drug users: Evidence from an ethnographic investigation. *International Journal of Drug Policy* 17 (2006): 2, 85–95
- TAMMI, TUUKKA: Medicalising Prohibition. Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy. Research Report 161. Helsinki: Stakes, 2007
- TIGERSTEDT, CHRISTOFFER & JÄRVINEN, SAIJA & SIMPURA, JUSSI: Narkotikaproblemet i de baltiska länderna och St. Petersburg. S. 145–153. I: Kouvonen, Petra & Rosenqvist, Pia & Skretting, Astrid (red.): *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner. Narkotika i Norden 1995–2000*. NAD Publication No 41. Helsingfors: NAD, 2001
- TRUBNIKOV, MAXIM N. & KHODAKEVICH, LEV N. & BARKOV, DIMITRY A. & BLAGOVO, DIMITRY V.: Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. *International Journal Of Drug Policy* 14 (2003): 5/6, 453–455
- TÖRMÄ, SINIKKA: Huumeiden käyttäjien tavoittaminen liikkuvan terveysneuvontatoiminnan avulla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43 (2006): 3, 207–217
- TÖRMÄ, SINIKKA: Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät matalan kynnyksen päiväkeskuksessa. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus* 15 (2007): 2, 133–148
- TÖRMÄ, SINIKKA & HUOTARI, KARI: Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat ja moniongelmaiset päihteiden käyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Helsingin Diakonissalaitoksen julkaisu 1/2005. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos, 2005a
- TÖRMÄ, SINIKKA & HUOTARI, KARI: Palvelut liikkeelle. Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminnan ulkoinen arviointi. Helsingin Diakonissalaitoksen julkaisu 2/2005. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos, 2005b
- TÖRMÄ, SINIKKA & HUOTARI, KARI & INKEROINEN, TIIA: Kurvi 24 h, Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huumeepoliklinikan ulkoinen arviointi. *Sosiaalikehitys Oy:n julkaisu* 1/2003. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy, 2003
- TÖRMÄ, SINIKKA & HUOTARI, KARI & KINNUNEN, RIITA & NIEMINEN, JARMO: ”Mäkin oon ihminen!” Erityispalvelut hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille. Kluuvien palvelukeskuksen toiminnan arviointi. *Sosiaalikehitys Oy:n julkaisu* 1/2002. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy, 2002
- TÖRMÄ, SINIKKA & HUOTARI, KARI & PITKÄNEN, SARI: Kaupunkipäihdetyön haasteet ja toimintamallit Helsingissä. *Tutkimuksia* 2/2007. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus, 2007
- ZANDONELLA, CATHERINE: Injection of hope. Needle and syringe programs can lower HIV infection rate and provide important outreach to injection drug

users. IAVI Report. The Publication on International AIDS Vaccine Initiative 10 (2006): 4, 9–14

VOYTEK, C. & SHERMAN, S. G. & JUNG, B.: A matter of convenience: Factors influencing secondary sy-

ringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. *International Journal of Drug Policy* 14 (2003): 5/6, 465–467

VÄHÄTALO, KARI: Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta Helsinki: Gaudeamus, 1998.

ENGLISH SUMMARY

Sinikka Törmä & Kari Huotari: Vyborg's drug users and the health counselling centre on Lenin Street (Viipurin huumeiden käyttäjät ja Lenininkadun terveysneuvontapiste)

The policy of reducing drug-related harm has struggled to take off in Russia, despite the fact that intravenous drug use and related HIV and hepatitis infections are more widespread than elsewhere in the world. No attempt is made to integrate drug users into society; instead they are rejected and excluded. Records are held on all drug users, causing them great difficulty in everyday life: as well as losing their job, driving licence and chance of education, they are often deprived of their freedom as well. Research has shown that users are afraid of carrying injecting equipment on their person and of visiting places where their drug habit may be exposed. They are also reluctant to take HIV tests out of fears of stigmatization – and because they would have no chance of receiving medication in any case.

In Russia, harm prevention is easily interpreted as propaganda and incitement to drug use. Nevertheless there are some 70 ongoing, foreign-sponsored harm reduction projects in the country. This article describes the health counselling service that was opened in Vyborg in spring 2005 in a joint Finnish-Russian undertaking. As it turned out, this remained a short-lived experiment that lasted no more than eight months. During this period the centre was visited by some 30–40 clients on a total of 213 occasions, and 283 syringes and needles were exchanged.

The research material consists of project documents, memoranda from discussions and meetings, in-depth interviews with experts and various other agents and structured interviews with 70 drug users. Most of the interviewees had never visited the health counselling centre, but were contacted in the streets and parks of the city. The article considers the work done at the health counselling centre with specific reference to the service needs and risk behaviours of these users who remained outside the service. We have the following research questions: 1) What kind of service needs should the health counselling operation have addressed in Vyborg and did it meet those needs; 2) What factors acted to raise the threshold for drug users to contact the service; and 3) What environmental factors contributed to the service remaining such a short-lived project?

In a broader sense the reason why the experiment was cut short had to do with the lack of support for the idea of harm prevention in Vyborg. Local actors especially in the health care sector did not approve of the service that was not committed to the drug-free ide-

al. In administrative terms the operation was organized under the youth services sector, and it remained detached from the substance abuse sector. For this reason staff at the health counselling centre were not allowed to take HIV quick tests, for instance. In spite of its name, the association behind the service ('Drug-free Vyborg') was not oriented to harm reduction, but rather to getting drug users to quit their habit. In the end relations between the association and the youth services sector became so inflamed that the whole operation became unfeasible.

There was an immense need for services and support among Vyborg's drug users. Some of the interviewees were still very young, effectively children. Almost all of them were using heroin intravenously on a daily basis. They displayed many risk behaviours both in connection with injecting and sexual intercourse. Injecting equipment was frequently shared, sometimes even equipment found lying around in parks and in the streets. Drug users were unaware of their infection situation, or they were reluctant to talk about it. A general climate of desperation and indifference prevailed. Many were indifferent about the threat of infection. They did not believe they would get any help and support from society, and they lacked an official safety network.

Drug users did not consider health counselling important because they could get relatively inexpensive syringes and needles from pharmacies. Most of the interviewees had not even heard about the health counselling centre and could not understand what good it could do. The main reason for avoiding the service was that the centre's premises were in the same staircase as the local militia. The centre's part-time director was also a retired militiaman.

A more effective and certainly a more confidence-inspiring service approach in Vyborg would have been outreach work, which would have made it possible to establish contacts, to gain a clearer picture of the life and service needs of drug users, and to provide clean injecting equipment and information in the areas where drug users spend their time. Drug users in Vyborg would need a low-threshold clinic that specializes broadly in the problems of young people. Harm prevention could be incorporated as part of this service – this way it would fit in more comfortably with Russian ideology than the model discussed here.

KEY WORDS

Health counselling, harm reduction, low threshold, drug user, Russia, Vyborg